

# 重度心身障害者医療費支給申請書の記入方法

**申請者記入欄**

**重度心身障害者** 障  **医療費支給申請書**

**乳幼児** 乳  **ひとり親家庭等** 親  申請者 (受給資格者)

(あて先) 川口市長

住所 川口市 青木2-1-1

氏名 川口 太郎

電話 048-(259)7920

受給者証の記号番号  
又は受給資格証の番号 3 4 5 6 7 8 9

使用記号・番号 1 1 2 3 4 5 6 7

被保険者等の氏名 川口 三四郎

フリガナ カワグチ タロウ

氏名 川口 太郎 (男・女)

生年月日 明・大・昭平48年1月1日生

申請する診療年月 平成 年 月分の診療 (調剤) について申請いたします。

**国民健康保険** 有効期限 平成24年9月30日

**被保険者証** 本人

記号1123 番号4567

氏名 川口 太郎

生年月日 昭和48年 1月 1日 性別 男

資格取得年月日 平成23年 4月 1日

交付年月日 平成23年 4月 1日

世帯主氏名 川口 三四郎

住所 川口市 青木2丁目 1番地 1号

保険者番号 110031 保険者名 川口市

**重度心身障害者医療費受給者証**

公費負担番号 8 2 1 1 0 0 3 2

受給者番号 3 4 5 6 7 8 9

住所 〒332-8601

埼玉県川口市 青木2丁目 1番 1号

氏名 川口 太郎 男

生年月日 昭和48年 1月 1日生

氏名 続柄

住所

有効期間 平成23年10月 1日から  
平成28年 9月30日まで

平成23年9月16日交付

**医療機関等記入欄**

上記受給者の支給対象医療費について、次のとおり証明します。

5 平成 年 月分 0 外来 (調剤) 保険診療 (調剤) 総点数 保険診療一部負担金額

診療実日数 日 1 入院

診療科目 (総合病院のみ記入)

1 内科

2 外科

3 整形外科

4 産婦人科

5 眼科

**申請書は** **医療機関ごと**  
**診療月ごと**  
**外来・入院ごと**  
**にそれぞれ分けて作成してください。**

氏名 姓

- ※ 申請者 (受給資格者) の方へ
- 申請者記入欄にもれなく記入し、医療機関等で証明を受けて市役所に提出してください。
  - (医療機関等の指定する期間に証明を受けない場合は、証明が受けられなくなることがあります。)
  - 申請書は、医療機関等、診療月、入院、外来ごとに、それぞれ別々に作成してください。
  - 保険の使えないものは対象外です。(健診、予防注射、容器代、密料差額、証明書料等)
  - 子ども医療費支給制度のうち、小学生・中学生の入院分の医療費の請求をされる場合は、別紙の申請書をご利用下さい。
  - 保険から支払われる高額療養費、付加給付金等は除いて支給されます。
- ※ 医療機関等の方へ
- レセプトごとにそれぞれ別の用紙を使用してください。
  - 接骨・整骨院等、医療費を点数化できないときは、保険診療 (調剤) 総点数欄に記入しないでください。
  - 公費負担点数欄には、結核法等により支給の対象となる公費負担に相当する保険点数を記入してください。

- ア 病床数
- 1 診療所
  - 2 病院 (200床未満)
  - 3 病院 (200床以上)
- イ 一部負担
- 1 定額 (800円)
  - 2 定率 (1割)
- ウ 薬剤処方
- 1 院内処方
  - 2 院外処方

**担当課処理欄**

診療区分 年 月 日 入院 診療 日 医療機関コード 点 高額設定 区分 食事 日

平成 5 年 月 日

自己負担額から 円控除 円未満切捨て 円未満不支給 本・家

医療費総点数	一部負担金	薬剤一部負担金	一部負担金計
点			
他法負担金	高額療養費	付加給付金	条例第6条
		保険診療分計	食事療養費
			助成額合計
			円

川口市

※申請者記入欄にもれなく記入してから使用してください。また、記入したものをコピーして使用しても構いません。(ただし、ファックスの感熱紙は使用できません。)

※申請書は医療機関、診療月、入院・外来ごとに分けて作成してください。なお、処方せんの薬局も分けてください。

※受給者名、診療日、保険点数等の明細がない領収書での申請はできませんので、医療機関にて領収書の余白に明細を記入してもらってください。

※健康保険が2種類以上ある場合は、それぞれの診療内容ごとに分けてください。

※住所、健康保険、銀行口座などの変更があった場合は、速やかに障害福祉課で手続きをしてください。